

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 48

DE LA

FIÈVRE TUBERCULEUSE

INFECTIEUSE AIGÜE

— TYPHO-BACILLOSE —

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 28 JUIN 1892

PAR

P. PISTRE

Né à Apt (Vaucluse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERGIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. *. *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. SARDA (Ch. du c.)	
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	REGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HÉDON
REGIMBEAU (*)	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CARRIEU, <i>président</i> .	MM. REGIMBEAU, agrégé.
KIENER, professeur.	BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

P. PISTRE.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. PISTRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

Professeur de Clinique médicale

P. PISTRE.

A MES MAITRES

P. PISTRE.

INTRODUCTION

Il nous a été donné de voir, pendant nos études médicales, certains malades que l'on croyait atteints de fièvre typhoïde se dénoncer brusquement tuberculeux. M. le professeur Kiener a, d'autre part, souvent insisté sur la difficulté qu'il y a de poser un diagnostic différentiel ferme entre la fièvre eberthienne et la fièvre bacillaire.

Les récents travaux de M. Landouzy, la gracieuse communication de quatre nouveaux cas qui nous a été faite par le Dr Dumas, les bienveillants conseils de nos Maîtres, nous ont fortement engagé à choisir la typho-bacillose comme sujet de thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention d'émettre ici des opinions personnelles, nous voulons simplement, en nous inspirant des derniers travaux sur ce sujet, essayer de démontrer l'existence de la typho-bacillose, montrer comment on peut en faire le diagnostic, et rechercher quels sont les moyens thérapeutiques que l'on peut opposer à ce nouveau mode d'infection tuberculeuse.

Mais, avant d'entrer en matière, nous devons acquitter une dette de reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance que n'ont cessé de

nous témoigner, pendant le cours de nos études, les Maîtres de cette École.

Nous prions M. le Dr Dumas, qui avec une obligeance extrême a bien voulu nous communiquer quatre observations, de croire à notre vive reconnaissance.

Que M. le professeur Carrieu veuille bien accepter nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FIÈVRE TUBERCULEUSE
INFECTIEUSE AIGÜE
— TYPHO-BACILLOSE —

CHAPITRE PREMIER

DE LA TYPHO-BACILLOSE. — DÉFINITION
MARCHE

D'une façon habituelle, la tuberculose se présente dans les services de médecine sous une des trois modalités suivantes :

I. — La phtisie commune à marche plus ou moins lente suivant la nature du terrain ou la position sociale du malade. Ses troubles fonctionnels, ses différents symptômes, ses diverses périodes s'observent tous les jours et sont universellement connus.

II. — La phtisie aiguë distincte de la précédente par la rapidité de son évolution, par la prédominance des tubercules

pneumoniques et des foyers caséux. Ses symptômes initiaux (fièvre, point de côté, crachats visqueux qui rappellent l'invasion d'une pneumonie) l'on fait désigner souvent sous le nom de pneumonie caséuse.

III. — Enfin la granulose aiguë caractérisée par une efflorescence de granulations tuberculeuses très abondante, dans laquelle la mort survient très vite au milieu de phénomènes généraux graves, présentant suivant les cas une des trois formes respiratoire, nerveuse ou digestive.

Mais à côté de ces trois modalités si connues, où l'on constate presque toujours une certaine harmonie entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique, il existe une autre forme d'infection tuberculeuse qui a surtout été mise en relief par les travaux de Landouzy.

Moins banale que les autres formes, quoique assez commune, elle est caractérisée par le masque typhique qu'elle imprime à la maladie. Nous verrons, en nous basant sur les observations que nous publions à la fin de ce travail, que son aspect clinique ne rappelle en rien les espèces de tuberculose que nous mentionnons plus haut.

Si en effet on examine un malade, voici le plus souvent ce que l'on constate : une anorexie persistant depuis plusieurs jours, quelques vomissements, une douleur abdominale vague, une température élevée, une rate volumineuse. Le malade est traité pour une dothiéntérie, et s'il meurt on est convaincu qu'à l'autopsie, l'ulcération et la cicatrisation des plaques de Peyer viendront confirmer le diagnostic. Et au contraire que trouve-t-on : une simple congestion de l'intestin, une rate hypertrophiée et diffluente, un rein en dégénérescence graisseuse, en un mot tous les signes d'un état général infectieux, signes auxquels vient s'ajouter la découverte de quelques granulations jeunes.

Mais ces granulations ne sont pas massivement disséminées sur les divers appareils nerveux, digestif et respiratoire. Il n'y a pas cette abondante quantité qui caractérise la granulose aiguë. Leur petit nombre, leur âge, démontrent qu'elles n'ont pas été la cause d'un état général aussi grave et qu'elles viennent simplement affirmer la nature tuberculeuse de l'affection, donner à la maladie sa signature.

Il existe donc une nouvelle forme d'infection, souvent mortelle, à forme typhoïde, provenant des sécrétions toxiques du bacille de Koch et non de néoplasie tuberculeuse. « Vous savez tous, dit M. Landouzy, qu'on peut devenir, demeurer et finir tabétique sans jamais avoir été incoordonné; eh bien! de même qu'on peut avoir de la sclérose envahissante des zones radiculaires postérieures de la moelle entraînant le cortège symptomatique que vous savez (perte du réflexe patellaire, myosis, douleurs fulgurantes, paralysies oculaires, etc.), sans pousser jusqu'à l'incoordination motrice; de même qu'on peut être tabétique sans être ataxique, de même on peut être bacillaire sans être tuberculeux. Je vous démontrerai sans peine de par la clinique, de par l'anatomie pathologique, de par la médecine expérimentale, qu'on peut avoir été, demeurer, mourir ou guérir bacillaire sans devenir *cliniquement parlant* tuberculeux. »

Comment désigner ce nouveau mode d'invasion du bacille de Koch? Plusieurs noms ont été proposés. Successivement on l'a appelé *fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë à forme typhoïde*, *fièvre pré-tuberculeuse curable*, *fièvre initiale tuberculeuse*. Nous le désignerons sous le nom de *typho-bacillose*. Cette dénomination plus courte que les précédentes rend bien, nous semble-t-il, l'idée de fièvre bacillaire à forme typhoïde, et c'est d'elle dont s'est servi M. Landouzy dans sa dernière communication au Congrès de la tuberculose en juillet 1891.

Les faits que nous venons de rapporter sont connus depuis assez longtemps ; mais il nous paraît qu'on n'a pas assez insisté, et qu'ils ne sont pas encore rentrés dans le domaine de la pratique. Les classiques n'en font pas mention. La forme typhoïde, écrit M. Dieulafoy, répond surtout à la tuberculisation généralisée. La même opinion est soutenue par M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne* et par M. Hanot dans l'article PHTISIE du *Dictionnaire encyclopédique*. Ces auteurs ne veulent voir en fait de tuberculose aiguë que la forme granulique galopante d'Empis, et cependant cette tuberculose aiguë granulique est, par sa symptomatologie bruyante, par son anatomie pathologique éclatante, à la fièvre pré tuberculeuse ce que la variole archiconfluente grave est à la variole discrète et bénigne.

D'ailleurs, outre la difficulté du diagnostic, la marche que suit la maladie suivant les différents cas contribue aussi beaucoup à entretenir l'erreur.

Chez certains malades, et nous essayerons de rechercher plus loin dans quelles conditions, la maladie a une terminaison fatale bien avant qu'une localisation, un signe d'auscultation et de percussion, un ensemble de phénomènes quelconques soient venus faire soupçonner l'existence de la tuberculose. Dans ce cas, on croit avoir affaire à une fièvre typhoïde grave, et, au lieu de rendre responsable le bacille de Koch, on incrimine le bacille d'Eberth. Eh bien ! de même que certains scarlatineux peuvent succomber avant leur éruption scarlatineuse, de même que certains varioleux peuvent mourir avec un rash à la période de papulation avant la vésiculopapulation, de même certains bacillaires succombent avant la période de tuberculisation.

Quelquefois la marche est un peu différente. Pendant un, deux, trois septénaires, les symptômes typhoïdes dominent la scène. Le bacille sécrète dans l'organisme des produits toxi-

ques, puis insensiblement la scène change, les phénomènes redoublent d'intensité, l'auscultation dénote à l'un ou l'autre des sommets des signes non équivoques de tuberculose. Le médecin, qui avait cru à une dothiéntérie de forme moyenne dont le pronostic quoique réservé avait laissé au malade et à la famille l'espoir de la guérison, se voit tout à coup obligé de déclarer le malade perdu. Le changement est quelquefois plus rapide encore, à la typho-bacillose succède subitement une efflorescence de granulations et le malade succombe au milieu des symptômes généraux qui caractérisent la maladie d'Empis. Sans aucun temps d'arrêt, la fièvre tuberculeuse a suivi une évolution complète, la période d'éruption, c'est-à-dire la formation de tubercules a immédiatement suivi la fièvre bacillaire prétuberculeuse.

Dans un troisième cas, l'embarras gastrique léger, la pseudo-dothiéntérie bacillaire semble devoir guérir. Après avoir duré un, deux, trois septenaires, la maladie semble devoir s'amender; l'apyrexie devient complète et une convalescence longue et pénible s'établit. Sans se douter du terrible danger que le malade court, le médecin l'abandonne, comptant que les soins assidus de sa famille le ramèneront vite à la santé. Au moment où il pouvait entreprendre la lutte avec quelques chances de succès, il déserte le combat. Aussi qu'arrive-t-il? C'est que trois mois, six mois, un an, deux ans après, suivant la résistance du malade, surviennent des phénomènes malheureusement trop évidents de tuberculose, et le malade meurt. C'est dans ce cas où le diagnostic devait être fait avec le plus grand soin, où l'on devait bien se persuader de la nature tuberculeuse de la première atteinte, que les erreurs sont le plus fréquentes. Par préjugé, par parti pris, on veut voir la succession de deux maladies distinctes, la tuberculose et la fièvre typhoïde, tandis que l'observation exacte des phénomènes viendrait démontrer l'innocence du bacille d'Eberth.

Nous ne voulons pas revenir sur cette question longtemps controversée des rapports de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. Sans doute il n'existe aucun antagonisme entre ces deux affections. Il est parfaitement possible que le typhique, fatigué par une longue maladie, ne puisse résister aussi bien qu'un individu sain à l'invasion de la tuberculose. Mais nous pensons que ces faits-là sont l'exception, que pour peu que la fièvre typhoïde du début n'ait pas présenté une marche absolument régulière, pour peu qu'il ait manqué le moindre symptôme habituel, on doit penser à la typho-bacilliose et porter les recherches de ce côté. Aussi, à côté de l'opinion généralement admise par la plupart des praticiens, est-il souvent utile d'imiter la prudence de Guéneau de Mussy : « Je crois, disait-il, avoir observé des malades qui sont devenus tuberculeux pendant la convalescence de la fièvre typhoïde ; je dis je crois, parce que dans quelques cas on peut se poser la question : N'a-t-on pas pris pour une fièvre typhoïde une phthisie qui, au début, a suivi une marche aiguë. » Nous trouvons dans la thèse de M. Chollet un curieux exemple de cette erreur si communément faite.

Un jeune garçon de dix-neuf ans entre dans le service de M. Bucquoy. Du 21 décembre au 16 janvier, évolue chez lui une affection présentant tous les caractères d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le malade guérit mais succombe peu de temps après à une congestion pulmonaire. A l'autopsie, on trouve un épanchement pleural ; la plèvre, le poumon, sont farcis de tubercules ; cependant nulle part il n'y a de ramollissement ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés ; à l'ouverture de l'intestin on ne constate pas trace d'ulcération ni de cicatrisation de plaques de Peyer. Néanmoins, malgré ces importantes indications fournies par l'autopsie, l'auteur conclut sans hésiter à une tuberculose pulmonaire consécutive à une fièvre typhoïde.

Une marche beaucoup plus rare que les précédentes, mais qui est aussi bien faite pour égarer le diagnostic, est la suivante : le malade, atteint une première fois d'une affection présentant les caractères d'une typhoïdette, semble guéri complètement. Un an, deux ans se passent quand, tout d'un coup, se déclare une fièvre identique à la précédente. On peut se demander, dans ce cas, si l'on a affaire à une fièvre prétuberculeuse succédant à une fièvre typhoïde ou à une deuxième invasion du bacille de Koch. Lorsqu'on peut se livrer à une enquête, il est rare que l'on puisse conclure à la légitimité de deux fièvres typhoïdes. Voici un cas assez démonstratif à ce point de vue. M. Landouzy est appelé auprès d'un enfant pour un état typhoïque grave. Hésitant à porter un diagnostic ferme, il fait appeler le docteur Parrot, qui se prononce en faveur d'une fièvre typhoïde. Un an après, état muqueux fébrile grave calqué sur le précédent. Des événements ultérieurs, broncho-pneumonie *a frigore*, adénite, sont venus prouver que la suspicion tuberculeuse était légitime.

Enfin la typho-bacillose peut guérir absolument sans laisser aucune trace, sans que jamais une lésion tuberculeuse quelconque vienne démontrer que la guérison n'ait pas été complète. Dans cette catégorie de faits, les observations sont plus rares et on le comprend d'ailleurs très facilement. Si le malade guérit, l'état muqueux fébrile qui a été la caractéristique de la maladie est mis sur le compte de la dothiénenterie, car, pour la plupart des médecins, qui dit infection tuberculeuse aiguë, dit mort. Et cependant, *a priori*, pourquoi la typho-bacillose ne guérirait-elle pas ? Combien de fois n'avons-nous pas vu des malades rentrer à l'hôpital avec des signes non équivoques de phthisie avancée et sortir notablement améliorés ? Est-il rare de constater, lorsque l'on fait l'autopsie d'un vieillard, des cavernes cicatrisées ? Il faudrait donc admettre qu'une infection tuberculeuse qui, anatomo-pathologi-

ment, se résout en quelques granulations isolées, serait mortelle, tandis qu'une autre modalité, caractérisée par des lésions profondes datant déjà de longtemps, serait susceptible de guérison. Rien, pensons-nous, ne serait plus contraire à la logique.

Nous venons de voir ce que c'est que la typho-bacillose et nous avons tâché de montrer de quelle façon différente elle pouvait évoluer suivant les cas. Il serait maintenant intéressant de rechercher quelle est la pathogénie de cette affection. Il faudrait savoir où sont logés les microbes dans l'organisme pour ne pas donner lieu à la formation de granulomes ou de tubercules. En s'appuyant sur les données de la médecine expérimentale et de l'anatomo-pathologie, il faudrait rechercher quels sont les moyens de défense de l'organisme et dans quels cas il peut être victorieux. Il est probable que la thérapeutique serait plus efficace si l'on savait pourquoi le bacille, tantôt fait du tubercule, tantôt sécrète un poison qui crée dans l'organisme un état infectieux grave ; si cela tient soit au degré de virulence des bacilles, soit à la nature du terrain. Mais, parmi ces questions, les unes sont encore incomplètement étudiées, les autres n'ont pas encore reçu de solution. Malgré les recherches incessantes d'une pléiade de savants, de Roux et Yersin, de Grancher, de Strauss, d'Arloing, les données ne sont pas suffisantes pour que l'on puisse échafauder solidement une pathogénie complète de la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse.

Aussi, après avoir beaucoup insisté sur le masque typhique que prend la maladie, après avoir montré les nombreux points de ressemblance qui existe entre cette fièvre et la dothiéntérie, nous allons rechercher s'il n'est pas possible de les différencier. L'étude de ce diagnostic différentiel fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans un remarquable article paru dans le *Montpellier médical* (1891), M. L. Imbert a essayé de démontrer que rien dans la symptomatologie de la fièvre typhoïde, pas plus les taches rosées que les troubles nerveux, pas plus les symptômes abdominaux que le tracé de l'ascension thermique, ne permettait de la différencier nettement de la fièvre tuberculeuse.

Il n'y a évidemment pas de signe pathognomonique permettant d'affirmer que l'on se trouve en présence, soit d'une dothiéntérie, soit d'une fièvre bacillaire, mais nous croyons et nous essayerons de prouver, que, pris à part, presque tous les symptômes présentent des différences notables, et que l'absence ou la présence de deux ou trois plus importants permet dans la grande majorité des cas de poser le diagnostic. Nous allons faire comparativement l'exposé de ces symptômes correspondants.

I. — SYMPTÔMES CÉRÉBRO-SPINAUX

La stupeur est ordinairement moins prononcée dans la fièvre tuberculeuse que dans la fièvre typhoïde. Dans une

leçon faite dans son service de militaires, M. le professeur Kiener a magistralement décrit cette stupeur spéciale à la dothiéntérie : « Le typhisant commence par ressentir de la paresse intellectuelle, de l'apathie, le monde extérieur ne l'intéresse plus et il ferme les yeux pour se concentrer en lui-même. Car une vie psychique toute nouvelle commence pour lui : mémoire et imagination se viennent en aide pour lui représenter des tableaux modifiés, empruntés au temps passé et aux lieux qu'il a connus : c'est une suite de rêvasseries sans lien, un roman fait de nuageux souvenirs et d'imagination. On l'appelle, il se réveille ; on l'interroge, il répond d'une voix indifférente, inattentif et impatient de retourner à son rêve. Sa physionomie est empreinte d'hébétude et de stupeur qui trahissent son désintéressement du monde extérieur et la concentration de son intérêt sur son rêve. »

Le tuberculeux est affaibli, miné par la fièvre, mais moins indifférent à ce qui se passe autour de lui. Son esprit est toujours lucide, et il répond vite et bien aux questions qu'on lui pose.

Dans la dothiéntérie, dès le début de la fièvre, se déclare une céphalée, vive et tenace ; dans la tuberculose, le mal de tête présente alternativement des rémissions et des exacerbations, il est rarement intense et continu.

II. — SYMPTÔMES THORACIQUES

Qu'il s'agisse d'une fièvre prétuberculeuse ou eberthienne, il est rare que les symptômes thoraciques manquent. Dès le début, ils sont d'ailleurs absolument semblables, se composant presque exclusivement des râles bronchiques disséminés d'une façon indistincte à la base ou au sommet. Mais, à mesure que la maladie avance, les caractères se différencient. Aux râles

bronchiques viennent s'ajouter des râles crépitants. Le plus souvent la broncho-pneumonie typhoïde est un phénomène hypostasé ; aussi les râles sont-ils plus nombreux à la base. Dans la tuberculose miliaire aiguë, la broncho-pneumonie est localisée au sommet ; mais dans la fièvre prétuberculeuse, où les lésions n'existent pas encore, il n'y a pas de différences sensibles. Ce qui frappe le plus, c'est que, dans la typho-bacilllose, tandis que paraissent s'amender les symptômes intestinaux, les phénomènes respiratoires augmentent. Le contraire est la règle dans la dothiéntérie. Dans la première maladie, il y a tendance à la prédominance thoracique, dans la seconde tendance à la prédominance intestinale.

III. — TROUBLES DIGESTIFS

Les principaux troubles digestifs que nous avons constatés chez les malades atteints de typho-bacilllose sont l'anorexie, le ballonnement du ventre, la diarrhée ou la constipation, la tuméfaction du foie et de la rate. Tous ces troubles s'observent aussi dans la fièvre typhoïde, et nous ne pensons pas qu'il existe, suivant la maladie, des différences notables.

M. L. Colin est le seul qui insiste sur la conservation de l'appétit dans la tuberculose. Depuis, presque tous les auteurs se sont élevés contre cette affirmation, et, si nous en jugeons par nos observations, nous verrons au contraire que l'anorexie a toujours été un symptôme de début. Il en est de même pour le ballonnement du ventre, qui se rencontre indifféremment dans l'une ou l'autre de ces deux affections. Pour la localisation de la douleur, il semble qu'il y ait une différence plus sensible. Tandis que dans la dothiéntérie la douleur existe surtout dans la fosse iliaque droite, elle paraît, au contraire, moins localisée dans la fièvre tuberculeuse.

Mais c'est surtout la constatation de la constipation et de la diarrhée qui peut avoir une certaine valeur diagnostique. Sauf dans quelques cas assez rares d'ailleurs, la diarrhée est la règle dans la fièvre typhoïde ; il n'en est pas de même dans la tuberculose, où le malade est constipé dès le début, où la diarrhée, quand elle s'établit, ne survient que le neuvième ou le dixième jour. Ce signe est d'ailleurs le seul qui ait paru présenter une certaine importance à M. L. Imbert. Si nous en jugeons par nos observations, aucun malade n'a débuté par la diarrhée. La tuméfaction du foie et de la rate est commune à toutes les maladies infectieuses ; il paraîtrait cependant que la splénomégalie s'observerait avant la fièvre dans la typho-bacillose. Ce fait, constaté par M. le docteur Cuffer, mériterait d'être contrôlé.

IV. — TEMPÉRATURE. — POULS

Ce qui caractérise la fièvre typhoïde, c'est d'être une fièvre à courbe thermique régulière. D'abord régulièrement ascendantes, les oscillations deviennent stationnaires, puis descendantes, et le simple aspect du tracé permet d'affirmer le diagnostic de dothiéntérie.

En est-il de même dans la typho-bacillose ? Cette maladie a-t-elle un tracé particulier, et en quoi diffère-t-il de celui de la fièvre eberthienne ? Ou bien est-ce l'irrégularité même de la courbe qui fera penser à l'invasion du bacille de Koch. Toutes ces questions sont depuis longtemps à l'ordre du jour, et les auteurs sont encore bien loin d'être d'accord.

Les uns prétendent que la température s'élève moins haut dans la tuberculose aiguë que dans la fièvre typhoïde. Bon nombre d'observations publiées depuis montrent, au contraire, que dans la tuberculose la température a souvent dépassé 40°.

On a aussi invoqué la manière dont la température se manifeste au début, et on a prétendu que dans les fièvres tuberculeuses la température arrivait d'emblée à son maximum. Cela est assez vrai dans un certain nombre de cas, mais il en existe d'autres où la courbe a monté d'une façon progressive.

Dans quelques cas, le thermomètre accuse une augmentation le matin et une diminution le soir, c'est le type inverse observé pour la première fois par un médecin de Copenhague, M. Bruniche. Dans une de nos observations, ce type a été parfaitement constaté pendant un ou deux jours. Sauf la pyohémie et certaines fièvres intermittentes, ce n'est que dans les fièvres tuberculeuses que ce type a été observé. Nous avons par conséquent ici un élément précieux pour le diagnostic différentiel. Malheureusement ce phénomène est loin d'être commun.

Il n'existe par conséquent pas de courbe typique de fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, mais, si on s'en rapporte aux observations publiées, on verra que l'irrégularité est toujours la règle. L'étude des oscillations thermiques viendra donc souvent en aide quand le diagnostic sera hésitant ; il permettra de faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre, surtout lorsqu'à l'étude de la température viendra s'ajouter celle du pouls.

Classiquement, le pouls de la fièvre typhoïde n'est pas en rapport avec la hauteur de la température. Dans la tuberculose, au contraire, le pouls est très fréquent. Les observations de M. le docteur Dumas sont à ce point de vue caractéristiques. Chez un de ces malades, il constate, dès le début de la fièvre, avec une température ne dépassant pas 37°6, un pouls qui bat à 125 et 130. Et cette fréquence augmente à mesure que la maladie fait des progrès. La plupart des auteurs n'ont pas, nous semble-t-il, suffisamment insisté sur le pouls

fréquent dans les cas d'infection tuberculeuse aiguë, et cependant, chaque fois qu'on fait mention du nombre des pulsations, cette fréquence est manifeste.

V. — TACHES ROSÉES LENTICULAIRES

On avait admis, pendant un certain temps, que les taches rosées lenticulaires étaient un signe de fièvre typhoïde. Plus tard de nombreuses observations vinrent démontrer qu'il n'était pas rare de les rencontrer dans beaucoup de fièvres infectieuses. Il est indéniable qu'on les a observées plusieurs fois dans la tuberculose aiguë. L. Colin, Hérard et Cornil en citent plusieurs cas. Nous avons vu, dans l'observation du docteur Chollet, que nous citons plus haut, une abondante éruption de taches rosées. M. Imbert cite aussi un cas où on en constata un très grand nombre.

Il faut cependant considérer ces faits comme une très grande exception et tenir un grand compte de l'absence de taches rosées lenticulaires. Dans les quatre observations qui nous ont été communiquées par le docteur Dumas, il y a toujours eu absence de taches rosées. M. Landouzy, dans une communication orale qu'il a faite l'année dernière au Congrès de la tuberculose, a présenté 17 observations nettes de typho-bacillose et a montré que chez aucun de ses malades il n'y avait eu d'éruption. Aussi sa conclusion est-elle des plus absolues à cet égard. Pour lui, l'absence de taches rosées est tellement la règle, que de parti pris il suspecte de bacillose toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème. Sans être aussi catégorique dans notre affirmation, nous devons reconnaître que l'absence de taches rosées est un signe très important de diagnostic différentiel, et que chaque fois qu'il n'y aura pas d'éruption, on devra, avec le plus grand soin,

rechercher s'il n'existe pas d'autres signes probants de tuberculose.

VI. — ACTION DE L'ANTIPYRINE

Nous n'avons parlé jusqu'ici pour différencier la tuberculose de la dothiéntérie que des signes fournis par l'examen clinique ; il est cependant un autre signe fondé sur l'action comparative du sulfate de quinine et de l'antipyrine. Lorsque nous parlerons du traitement, nous nous étendrons longuement sur son action. Il nous suffit ici de savoir que les fièvres tuberculeuses sont peu influencées par le sulfate de quinine, tandis qu'elles cèdent le plus souvent à l'emploi de l'antipyrine. On comprend donc facilement l'utilité de ce réactif thérapeutique. Dans certains cas d'ulcérations où le médecin hésite beaucoup entre le tuberculose et la syphilis, le traitement de la vérole vient le plus souvent lever tous les doutes, suivant les résultats qu'il a donnés. Sans être aussi spécifique que le mercure, l'antipyrine rendra ici des services analogues et permettra de soupçonner l'invasion du bacille de Koch.

Comme nous le disions plus haut, il n'y a évidemment pas de signe pathognomonique de fièvre tuberculeuse ; mais maintenant que nous avons étudié en détail les différences dans chaque symptôme, nous pouvons voir que ces nuances symptomatologiques qui, prises isolément, semblent sans valeur, permettront, lorsqu'elles seront coordonnées et réunies, de suspecter la fièvre tuberculeuse là où tout semblerait inviter le médecin à songer à une fièvre eberthienne.

On devra d'abord rechercher les trois symptômes les plus importants : irrégularité de la température, absence de taches rosées lenticulaires, action de l'antipyrine. Si ces trois symptômes existent, si on remarque en outre un délire léger,

une tendance à la prédominance thoracique, une diarrhée peu abondante, nul doute que l'on n'ait affaire à une fièvre tuberculeuse.

A part l'action de l'antipyrine, ces différences existent d'une façon à peu près identiques entre la granulose aiguë et la dothiémentérie. Mais, dans les maladies d'Empis, l'appareil symptomatique est beaucoup plus grave. Les sueurs profuses, les phénomènes asphyxiques, les symptômes méningitiques, les paralysies ne tardent pas à subvenir. Ce qui donne à la granulie son aspect typhoïde, c'est que l'intestin est plus que les autres organes farci de granulations, mais dans les autres appareils il est survenu une efflorescence tuberculeuse et c'est ce qui explique l'apparition de phénomènes généraux très graves.

Au début, l'aspect clinique de la maladie d'Empis et de la typho-bacillose sera presque le même ; mais peut-être à ce moment n'y a-t-il que toxémie bacillaire et pas encore production de granulations ?

Aussi si, dans cette infection tuberculeuse aiguë, on ne constate pas cette symptomatologie bruyante qui caractérise la granulose, si la maladie, au lieu de prendre l'aspect d'une fièvre typhoïde très grave, a tout simplement les allures d'une dothiémentérie légère, on pourra affirmer avec quelque vraisemblance que l'on se trouve en face d'une typho-bacillose.

Sans doute il faudra pendant quelques jours, longuement, patiemment, examiner le malade avant de se prononcer d'une façon définitive. Cette attente sera forcée, puisque l'apparition des taches rosées lenticulaires (un des signes les plus importants) ne pourra survenir que vers la fin du septième jour.

Nous ne voudrions pas non plus nier que dans certains cas le diagnostic sera bien difficile (par exemple si on se trouve en présence d'une typho-bacillose avec exanthème, ou d'une de ces granuloses à forme latente si bien étudiées par

Leudet), mais ces cas-là seront la très grande exception. En examinant avec la plus grande minutie les différents symptômes, on arrivera presque toujours à faire pencher la balance d'un côté où de l'autre. Toujours le diagnostic sera difficile, peu souvent il sera impossible.

CHAPITRE III

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Dans la rapide exposition de la marche de la typho-bacillose, nous avons montré que le pronostic n'était pas toujours fatal. Malgré les idées habituellement admises, M. Landouzy a suffisamment démontré qu'il y a des cas de guérison absolue. Parmi les cas les plus typiques, il cite le fait suivant : Un employé de bureau, âgé de dix-neuf ans, fut soigné à l'hôpital Tenon en 1884 et 1885 pour un état muqueux fébrile (sans exanthème avec périodes de grandes et de moyennes oscillations thermiques), qui dura cent seize jours. Le sulfate de quinine, même donné à haute dose, ne donna aucun résultat. Le diagnostic de fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë fut porté. Depuis lors, le malade n'a eu aucune atteinte tuberculeuse.

L'économie, envahie par les microbes, lutte donc avec énergie contre les envahisseurs ; si le plus souvent elle succombe à la lutte, dans quelques cas elle peut triompher. Sans vouloir entamer la question de pathogénie, encore fort obscure, nous savons que la médecine expérimentale tend à découvrir les principaux épisodes de cette lutte. Beaucoup de savants admettent la théorie de la phagocytose, et le rôle prépondérant du système nerveux. Qui sait si la thérapeutique n'est pas d'un utile secours pour faire triompher l'organisme ? Nous avons vu les difficultés du diagnostic ; si l'on reconnaissait

plus tôt la nature tuberculeuse de l'affection, peut-être pourrait-on enregistrer plus de cas de guérison. Souvent la fièvre cesse et le malade, que l'on croyait guéri, devient six mois plus tard tuberculeux. Le serait-il devenu si, dès le premier jour de la convalescence, on avait agi en conséquence?

Devant la possibilité d'une guérison, le devoir du médecin est d'instituer le traitement avec beaucoup de soin. Dans la typho-bacillose, c'est l'élément fièvre qui domine la scène, c'est surtout elle qui fait par conséquent indication, et c'est elle que l'on doit traiter à toutes les phases de la maladie. Quel que soit d'ailleurs le genre de tuberculose, tous les auteurs sont d'accord sur ce point : « La fièvre, dit Pidoux, est une partie considérable de la maladie, une de ses manifestations les plus importantes, la plus significative peut-être au point de vue de la prognose et des indications thérapeutiques. » Hérard, Cornil, professent la même opinion : « Quel que soit son caractère et son type, elle doit être vigoureusement traitée, sous peine de voir le travail de dénutrition qui s'effectue, aboutir rapidement à la consommation. »

Les différents antipyrétiques ont été successivement employés. On s'adressa d'abord, d'une façon presque exclusive, au sulfate ou au bromhydrate de quinine. L'administration à faible dose fut bien vite abandonnée, et on donna la quinine à dose massive de 2 à 4 grammes par jour. Ce mode d'administration, préconisé à Montpellier par M. Pécholier, professé à Paris par M. Hayem, et qui donnait de bons résultats dans la fièvre typhoïde, n'influença en rien la température des tuberculeux.

La digitale, l'aconit, ne donnèrent aucun effet. En 1885, M. Kiener administrait sans grand succès la thalline aux militaires tuberculeux de son service. On n'obtint des résultats satisfaisants qu'en employant l'antipyrine. Découverte

au commencement de l'année 1884, l'antipyrine prenait déjà une place spéciale dans le traitement des fièvres tuberculeuses, en raison des bons effets obtenus.

Huchard écrivait dans l'*Union médicale* du 26 novembre 1884 : « Des observations nombreuses démontrent que l'antipyrine constitue le moyen le plus puissant, et jusqu'ici le seul moyen connu d'abaisser efficacement la température des tuberculeux. » Dès lors, la plupart des praticiens employaient avec succès le nouveau médicament, et les résultats obtenus inspiraient les thèses de Coculet (Paris, 1885), Favre (Lyon, 1885) et Jeannel (Montpellier, 1886).

Mais de quelle façon doit-on administrer l'antipyrine ? Doit-on donner indifféremment les mêmes doses à un granulique, à un typho-bacillaire, à un phtisique de la première ou troisième période ?

M. Jeannel, qui a très bien étudié la question, prétend que la fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë est une de celles qui cèdent le plus facilement à l'action de l'antipyrine. Ce médicament ne donne rien ou presque rien dans la fièvre typhoïde ; son administration sera par conséquent très utile dans les cas douteux, et c'est pour ce motif que nous avons donné, comme un des éléments de diagnostic différentiel, cette action de l'antipyrine nulle quand il s'agit d'infection eberthienne, très efficace quand il s'agit d'infection bacillaire. Quelques exemples, très succinctement résumés, démontreront, par le simple examen des faits, l'heureuse influence de l'antipyrine.

L..., sergent du génie, entre à l'hôpital Saint-Éloi au mois de septembre 1886. Fièvre tuberculeuse très intense, localisation au sommet gauche (matité, respiration soufflante, quelques râles fins). Administration de l'antipyrine à doses moyennes, le sommeil et l'appétit reviennent peu à peu, et le 3 novembre il peut sortir de l'hôpital, considéré comme guéri et envoyé en convalescence.

D..., encore sergent du génie, est de constitution moyenne. Il a des tendances à s'enrhumer facilement et présente des antécédents héréditaires. On constate chez lui une fièvre tuberculeuse intense avec localisation au sommet gauche. Le traitement par l'antipyrine est institué le 8 octobre; le 21, il peut quitter l'hôpital, considéré comme guéri.

On voit par là que les doses moyennes sont celles qui semblent produire le meilleur effet. Nous croyons qu'une des bonnes façons d'administrer l'antipyrine est la suivante: ne pas dépasser la dose de 3 grammes; donner la première fois 1 gramme à 1 gr. 50, puis d'heure en heure ou toutes les deux heures, suivant la tendance de la température de remonter plus ou moins vite, un cachet de 0 gr. 50.

Nous n'irons pas, comme le fait M. Jeannel, conférer une action presque spécifique à l'antipyrine en matière de fièvre tuberculeuse. Si la plupart des praticiens ont obtenu de bons résultats de ce médicament, il en est d'autres qui, sans nier les effets obtenus, prétendent que l'antipyrine est quelquefois inefficace; nous citerons entre autres M. le Dr Dreyfus-Brisac.

A côté de cette médication antifebrile, il faut agir non moins énergiquement contre le bacille lui-même. Parmi les innombrables médications proposées, j'insisterai sur une seule qui s'applique plus spécialement à la période d'infection prégranulique, à la typho-bacillose. Préconisée par le Dr Coffier, elle repose sur une théorie pathogénique de l'infection tuberculeuse, qui, pour n'être que hypothétique, est au moins très séduisante.

D'après les plus récents traités de microbiologie, les microbes se divisent en deux grands groupes, les microbes aérobies et les microbes anaérobies (certains microbes peuvent cependant être, suivant les circonstances, aérobies ou anaérobies). Le microbe de la tuberculose est aérobie; il em-

prunte aux éléments au contact desquels il se trouve, l'oxygène qui lui est nécessaire pour vivre, et de préférence il s'attaque aux globules sanguins. « En somme, l'anémie des tuberculeux repose, à mon avis, sur cette donnée hypothétique, mais très logique assurément, que l'oxygène du sang des tubercules est absorbé par les microbes aérobies de la tuberculose. » (Cuffer.)

Si, par conséquent, au lieu de s'attaquer aux microbes eux-mêmes, moyens auxquels tendent toutes les médications microbiennes ordinaires, on les empêche de prendre au globule sanguin l'oxygène nécessaire à leur existence, on devra obtenir la suppression du bacille. Privés de ce qui est nécessaire à la vie, ils ne deviendront plus un danger pour l'organisme.

Cette médication aura donc pour effet d'empêcher le bacille de faire du tubercule ; insuffisante lorsque la néoplasie tuberculeuse existe, elle sera au contraire absolument indiquée dans la fièvre typho-bacillaire, alors que les produits tuberculeux ne sont pas encore formés ou sont à peine en formation.

Partant de ce principe, on avait donné aux tuberculeux de l'oxygène, pour que le globule sanguin pût retrouver ce qui lui était pris par le microbe. L'expérience démontra que l'infection était au contraire augmentée par ce traitement. Cela se conçoit d'ailleurs : en faisant respirer de l'oxygène, on donnait aux microbes aérobies, et en excès, l'aliment qui leur était le plus nécessaire, « on les grisait pour ainsi dire », et ils devenaient plus actifs, plus nuisibles qu'auparavant.

La médication astringente semble donner, au contraire, de bons effets. « Ce n'est pas directement au microbe que je m'attaque, je crois en effet que les médicaments antimicrobiens proprement dits, introduits dans notre organisme, sont presque tous nuisibles. Mon but est d'empêcher le sang d'être privé de son oxygène ; je veux, en somme, par l'alimentation,

reconstituer le terrain, et par la médication astringente, conserver aux globules leur vitalité, leur donner par cela même la force de résister aux microbes. »

Parmi ces astringents, le docteur Cuffer a choisi le tannin. Celui-ci n'agit pas sous forme d'acide tannique; s'il ne se transformait pas, il serait dangereux à cause de la rapidité avec laquelle il précipiterait les albumines et les gélatines, mais il fermente facilement et se transforme en acide gallique qui ne présente aucun inconvénient.

L'avantage de cette médication est de ne présenter aucun danger dans le cas où elle serait inutile.

A part quelques crampes d'estomac d'ailleurs assez rares, le tannin n'expose à aucun accident. Pour en obtenir de bons effets, il faut le donner à doses assez élevées; voici les modes d'administrations empruntés à M. le professeur agrégé Raymond (de Paris):

1° Pour les enfants:

Acide tannique à l'alcool . . .	5 grammes.
Glycérine	30 —
Vin	1 litre.

Un verre à liqueur après chaque repas.

2° Pour les adultes:

Acide tannique à l'alcool . .	0,25 centigr.
Glycérine	} Q. S.
Sirop de sucre	

Pour 1 pilule, 10 pilules par jour.

On doit préférer l'acide tannique à l'alcool à une préparation appelée acide tannique à l'éther, qui est d'un goût beaucoup plus désagréable.

Les bains froids devront être contre-indiqués d'une façon formelle dans le traitement des fièvres tuberculeuses. Nous

avons insisté autre part sur le caractère du pouls, toujours fréquent, petit et misérable dans la typho-bacillose. Dans la plupart des cas, le cœur faiblit, et il n'est pas rare de voir souvent de l'hypotension vasculaire. Nous préférons alors suivre les conseils de M. Hayem, qui réprouve absolument dans ce cas l'usage des bains froids. Si le cœur faiblit, on doit s'adresser de préférence à la caféine, et si à cet affaiblissement du muscle cardiaque vient s'ajouter de l'hypotension vasculaire, on administrera une faible dose de seigle ergoté. L'administration de ce médicament aura pour effet de contracter les vaisseaux de la périphérie, le sang sera ainsi ramené au cœur qui ne se contractera pas à vide sous l'influence de la caféine. Ce qui prouve d'ailleurs que les bains froids sont nuisibles, ce sont les résultats que l'on a obtenus par leur emploi. M. Papon, dans sa thèse, cite un cas où chez un tuberculeux l'emploi de la méthode de Brand a eu pour effet de faire augmenter la toux, de rendre les crachats sanguinolents et d'accélérer l'évolution du processus morbide.

L'élément fièvre sera donc combattu par l'antipyrine, la faiblesse cardiaque par la caféine, le bacille par la médication tannique. Dès que l'apyrexie sera survenue, l'antipyrine sera supprimée ; on continuera l'usage du tannin. Mais, quelle que soit l'utilité de ce médicament, il faudra lui adjoindre immédiatement le traitement hygiénique.

Aussitôt que le malade pourra quitter la ville, dès que les phénomènes gastriques auront disparu, la cure d'air, le séjour à la campagne, une bonne alimentation, pourront empêcher l'infection tuberculeuse de continuer son évolution, et aider l'organisme à purger complètement sa condamnation bacillaire.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation première

Typho-bacillose. — Apyrexie le quinzième jour. — Rechute. — Mort

L..., jeune homme de vingt-sept ans, fait appeler le docteur Dumas dans les commencements de janvier. Il se plaint de ressentir depuis quelques jours un malaise général, un peu de céphalalgie : l'appétit a disparu.

Les antécédents héréditaires nous apprennent que sa mère est morte, il y a un an, de fièvre typhoïde à marche suspecte. Il n'a jamais eu de maladie grave, il est de complexion faible et légèrement scrofuleux.

On constate dès le début une céphalée assez modérée, une douleur non pas localisée à l'une des fosses iliaques, mais généralisée à tout l'abdomen. La constipation persiste depuis quelques jours. La stupeur est peu prononcée. La température prise le matin est peu élevée, 38°2, le pouls est petit, misérable, et bat à 110. La percussion ne donne rien ; l'auscultation dénote la présence de râles bronchiques disséminés des deux côtés de la poitrine. Il n'a pas d'éruption de taches rosées lenticulaires.

Les oscillations thermiques sont d'abord régulières, mais

le septième jour on constate une rémittence très accusée le matin (37°05, 37°0), tandis que le soir la fièvre est très élevée (39°6 à 40°). Les autres phénomènes n'augmentent pas d'intensité, et le malade reste à peu près dans le même état jusqu'au quinzième jour.

A partir de ce moment, la température baisse d'une façon à peu près graduelle, le malade a toute son intelligence, ne souffre plus. Le vingtième jour, il est apyrétique, l'état est satisfaisant, la constipation persiste. L'appétit semble devoir revenir. La toux est rare, il n'y a pas d'expectoration.

La convalescence commence, l'appétit est revenu, mais après cinq jours une rechute se produit sans cause appréciable. La température remonte à 39°3, le délire, qui n'avait pas existé dans la première période, s'établit; le pouls devient de plus en plus misérable, la tachycardie est très prononcée. La constipation a été remplacée par une diarrhée abondante. La respiration est un peu rude au sommet droit. La température ne redescend plus au-dessous de 38°7. Le malade tousse peu, mais il est survenu des sueurs nocturnes très abondantes.

Cet état persiste pendant cinq semaines, sans que l'on arrive à une lésion tuberculeuse appréciable, et le malade finit par succomber.

Malgré l'aspect typhoïde de la maladie, M. le docteur Dumas, frappé de l'époque à laquelle elle survient (commencement de janvier), se rappelant l'irrégularité de la dothiènement-térie qui a enlevé, il y a un an, la mère du malade, ne se prononce pas dès le début et laisse flotter son diagnostic entre une fièvre typhoïde et une fièvre tuberculeuse.

L'absence de taches rosées, la courbe thermique irrégulière, l'absence de diarrhée, l'état du pouls, le peu d'intensité des phénomènes cérébro spinaux-lèvent toutes ses hésitations et lui font porter, dès le huitième jour, le diagnostic de

typho-bacillose, ce qui rend son pronostic beaucoup plus grave.

La rechute, la seconde partie de la maladie, l'apparition des sueurs nocturnes, viennent suffisamment lever tous les doutes et montrer la nature tuberculeuse de l'affection.

Le malade n'a jamais eu de lésions tuberculeuses appréciables, il n'a jamais présenté, que dans la dernière période, une fièvre élevée. L'autopsie aurait pu seule démontrer s'il a succombé à la typho-bacillose, ou si une efflorescence de granulations tuberculeuses n'est pas venue terminer la maladie.

Observation II

(Communiquée par M. le Dr Dumas, de Lédignan)

Typho-bacillose. — Guérison. — Signes de tuberculose huit mois après.
Mort au bout d'un an.

X..., jeune fille de vingt et un ans, n'a jamais été sérieusement malade. Elle est cependant souvent enrhumée. Elle est légèrement anémique, mais réglée d'une façon régulière. Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien, le père et la mère se portent bien.

Depuis une semaine environ, X... se plaignait d'une lassitude extrême au moindre travail, d'inappétence, d'insomnie, de cauchemars. Cet état ne faisant qu'empirer, elle appelle le docteur Dumas, qui constate les phénomènes suivants :

Léger ballonnement abdominal, ventre sensible à la pression, douleur dans les deux fosses iliaques, langue saburrale, rouge sur les bords, pouls petit, irrégulier, température 38°4. Stupeur légère, pas de délire. On découvre, par l'auscultation, des râles de bronchite indistinctement disséminés à la base et au sommet du poumon droit. Pas de diarrhée. Pas de taches rosées lenticulaires.

L'état persiste ; le pouls devient mauvais, la température présente des oscillations irrégulières, le délire est toujours léger, la malade comprend très bien et répond très facilement aux questions qu'on lui adresse, malgré une légère surdité. Les phénomènes du côté de l'appareil respiratoire sont toujours assez marqués.

Le dix-septième jour, la température commence à baisser d'une façon assez capricieuse pour arriver à la normale le vingt et unième jour.

Dès lors, la convalescence commence, mais la malade a bien peu de forces. Elle mange à peine, ne présente pas cet appétit insatiable qui caractérise les convalescents de dothiéntérie. La toux persiste. Toujours des râles bronchiques, mais pas de localisation appréciable. Cependant les forces semblent revenir, et le Dr Dumas cesse de voir la malade tout en prévenant la famille de la gravité de pronostic et en instituant un traitement antituberculeux.

Huit mois après, il est appelé et constate un état de tuberculisation avancée (matité aux deux sommets, caverne du côté droit, expectoration abondante de crachats muco-purulents). Il n'y a pas eu d'hémoptysie, mais l'amaigrissement est extrême. La malade succombe quatre mois plus tard.

Il y a peu d'observations aussi typiques que celle-là ; l'irrégularité de la fièvre, l'absence d'éruption et de délire, permettent d'affirmer la fièvre bacillaire. Dans la première phase de la maladie, la fièvre est absolument identique à celle du malade de notre observation I. Ce n'est que la terminaison qui a changé. Notre malade a bien pu guérir de sa première attaque de tuberculose, mais la typho-bacillose a préparé le terrain, l'organisme n'a pas pu se débarrasser du bacille et la mort est survenue après un an de lutte.

Observation III

(Communiquée par M. le D^r Dumas, de Lédignan)

Typho-bacillose suivi de granulose aiguë. — Mort

B..., jeune fille de seize ans, fait appeler le D^r Dumas le 3 février 1892. La malade est de constitution très faible. Elle est sujette à des rhumes fréquents, a des vertiges. Régulée depuis un an, ses menstrues ont toujours été irrégulières et manquent depuis trois périodes. Les antécédents héréditaires sont déplorables. Son père et sa mère sont morts tuberculeux ainsi que ses deux plus jeunes frères.

Les débuts de la maladie ressemblent exactement à une fièvre typhoïde. La malade se sent fatiguée depuis une quinzaine de jours, l'appétit a disparu, les insomnies sont fréquentes. On constate, dès les premiers jours, du ballonnement abdominal, de la douleur dans la fosse iliaque droite. La constipation dure depuis quelques jours, peu de céphalalgie, pas de délire. La température prise le matin est de 38°3, et le soir de 38°9. Le pouls est à 125. La percussion ne donne pas plus de renseignements que l'auscultation. Il n'y a pas de taches rosées.

Les phénomènes changent peu pendant le premier septennaire, le pouls monte successivement de 125 à 135, la température n'a jamais dépassé 39°6. Les rémissions sont quelquefois vespérales. Le subdélire est léger; la céphalée, habituellement peu vive, présente des alternatives de rémission et d'exacerbation.

Le neuvième jour, la constipation fait place à une diarrhée abondante, on perçoit des râles bronchiques à l'auscultation. Dès ce moment, les phénomènes s'aggravent, le pouls devient plus rapide, le cœur faiblit. L'administration de la ca-

féine et de l'ergot de seigle associés à l'antipyrine semblent donner quelques résultats, mais bien peu durables.

Le 16, surviennent d'abondantes sueurs nocturnes ; les gencives sont ulcérées ; la bouche est remplie d'aphtes ; le cœur faiblit de plus en plus ; la tachycardie augmente ; le pouls bat à 160, 165 ; la température monte à 40°2 ; les sphincters se relâchent ; les extrémités se refroidissent et la malade succombe le 21 février, après dix-huit jours de maladie.

Observation IV

(Résumée)

Communiquée par le docteur Dumas, de Lédignan)

Fièvre tuberculeuse aiguë. — Mort

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, qui n'avait jamais eu de maladie et dont le père et la mère vivants se portaient très bien.

La malade s'alite en proie à une fièvre ayant l'aspect d'une dothiéntérie. La tachycardie, l'absence de taches rosées, le peu de phénomènes nerveux, font porter le diagnostic de fièvre tuberculeuse aiguë. Elle meurt le vingt-troisième jour. La mère meurt phusique l'année suivante.

Ce cas nous paraît intéressant à cause de cette coïncidence peut-être fortuite.

Ne pourrait-on invoquer une certaine filiation entre la tuberculose de la mère et celle de la fille ? Il n'est pas rare de voir une mère ne présenter des signes de tuberculose que bien longtemps après qu'un de ses jeunes enfants a surcombé à une méningite tuberculeuse. N'y a-t-il pas une certaine ressemblance entre ces faits-là et le cas que nous venons de citer ?

Observation V

(Thèse de Papon)

Fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë à forme d'embarras gastrique fébrile

G..., quatre mois de service au 2^e génie. Il aurait eu une fièvre typhoïde à l'âge de douze ans. Sa santé était habituellement bonne, sa constitution un peu grêle; il n'est pas sujet à s'enrhumer.

Début le 26 avril par un malaise général, faiblesse, céphalalgie, rêves et agitations la nuit, diminution de l'appétit, selles régulières.

29. — On constate une température de 39°3 le matin, et 40°5 le soir. Épistaxis, léger point de côté, il est envoyé à l'hôpital le 30.

1^{er} mai. — Teint animé, pommettes rouges, peau moite. Température normale: matin, 37°8; soir, 38°1. Pas de taches rosées. Intelligence assez nette; rêvasseries la nuit, faiblesse marquée. La langue est blanche, le ventre est météorisé et sensible à la pression. Pas de selles, l'appétit commence à se prononcer. La respiration est un peu rude en arrière, la matité du cœur est normale. Pouls à 80.

3. — Le malade est apyrétique, l'état est satisfaisant; il y a eu une selle liquide. L'urine est un peu albumineuse.

4. — Légère recrudescence fébrile hier soir, 38°1; 37°1 ce matin. La langue est chargée, rouge à la pointe. Une selle en diarrhée. Urine encore albumineuse. Le malade tousse très peu, expectore une matière peu abondante semblable à une solution de gomme. Il ne ressent aucune douleur thoracique spontanée ni à la pression. Submatité au sommet droit, en avant et en arrière, respiration soufflante, expiration prolongée, par moments, petits râles fins.

13. — L'apyrexie est complète depuis huit jours. L'appétit est bon, mais les forces ne reviennent pas, l'ascension d'un escalier occasionne de la fatigue et de la dyspnée. La toux est rare, pas d'expectoration. L'examen thoracique confirme le premier.

Nous avons eu manifestement affaire à une typho-bacillose, mais à cette fièvre prétuberculeuse a succédé la formation de tubercules. D'abord, le malade semble aller mieux, puis rechute, et l'on découvre alors des signes non équivoques de tuberculose. Cette observation peut se rapprocher, à plus d'un point de vue, de l'observation première.

Dans les observations que nous venons de citer, il manque la consécration du diagnostic par l'examen anatomo-pathologique. Nous avons choisi dans les cas les plus nouvellement publiés ceux qui nous ont paru les plus probants, et nous démontrerons ainsi qu'avec un tableau de symptômes cliniques identiques, l'autopsie vient démontrer que le granulôme tuberculeux fait presque complètement défaut. S'il existe quelques granulations, elles seront insuffisantes pour expliquer l'état infectieux général et viendront, comme nous l'avons déjà dit, affirmer seulement la nature tuberculeuse de la fièvre.

Observation VI

(Résumée)

M. Landouzy, *Semaine médicale*, 3 juin 1891

Une jeune femme de vingt-six ans est envoyée à l'hôpital de la Charité avec le diagnostic vraisemblable de fièvre typhoïde au sixième ou au huitième jour.

De fait, elle avait bien l'air d'une dothiéntérique, sub-délire, prostration, fuliginosités des dents, langue sèche, ballonnement abdominal, légère diarrhée. La température oscillait entre 40°4 le soir et 38° et quelques dixièmes le matin. Les oscillations étaient par conséquent considérables, le pouls rapide et dicrote.

Les taches rosées n'apparaissant pas, le catarrhe bronchique, si habituel dans la fièvre typhoïde, ne se montrant pas, les oscillations thermiques continuant, le diagnostic de typho-bacilliose est porté.

Deux jours plus tard, on constatait une hémiplégie faciale inférieure gauche ; quarante-huit heures après, la malade succombait.

AUTOPSIE. — Pas de lésions dothiéntériques, une rate grosse et diffluente. Autour de la sylvienne droite, trois granulations tuberculeuses du volume de petites têtes d'épingle. Au sommet du poumon droit, quatre granulations tuberculeuses jeunes, grises, transparentes.

Observation VII

(Résumée)

M. Landouzy, *Semaine médicale*, 3 juin 1891

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, amenée également à la Charité avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Elle présente tout l'appareil symptomatique de la fièvre typhoïde (de la fièvre de la prostration, une rate grosse). On ne constate cependant pas de catarrhe angineux, de catarrhe bronchique et de taches rosées.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, la malade succombe dans un état ataxo-adyynamique.

AUTOPSIE. — Rate grosse, légère injection de l'intestin grêle. Pas de lésions typhoïdiques ; cinq granulations tuberculeuses au sommet du poumon droit et rien de plus que les caractères d'une infection générale.

Observation VIII

(Résumée)

M. Landouzy, (*Cliniques de la Charité* 1885)

D..., jeune garçon de dix-huit ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde au cinquième jour.

Il présente, dès sa rentrée, une attaque de delirium tremens, si bien que l'on se demande s'il ne s'agit pas de quelque manifestation d'alcoolisme aiguë. L'examen du ventre démon-

tre qu'il n'y a pas eu d'éruption de taches rosées. On ne perçoit aucun rale à l'auscultation de la poitrine. La température présente des oscillations irrégulières, elle est très élevée le soir, mais redescend le matin jusqu'à la normale.

Le malade meurt au bout de huit jours. L'autopsie est venue démontrer qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une fièvre tuberculeuse provoquée par la tuberculose. Un semis de minces granulations était venu se greffer sur un ancien petit foyer caséux du sommet droit.

CONCLUSIONS

Après ce que nous avons dit dans le cours de cette étude, nous croyons pouvoir poser en conclusion les principes suivants :

I. — La typho-bacillose est un mode d'infection bacillaire particulier qui cliniquement est caractérisé par l'aspect typhoïde que prend la maladie, et anatomo-pathologiquement par la présence de quelques granulations tuberculeuses insuffisantes pour expliquer l'état infectieux général, suffisantes pour affirmer la nature de la maladie.

II. — Le diagnostic différentiel de la typho-bacillose et de la fièvre typhoïde est souvent fort difficile ; il est rarement impossible. L'absence de taches rosées, l'irrégularité de la courbe thermique, l'influence de l'antipyrine sur la température, seront les meilleurs éléments de diagnostic.

III. — Le traitement qui nous paraît le meilleur à opposer à cette maladie infectieuse est le suivant : antipyrine contre la fièvre, tannin contre le bacille ; on lui adjoindra, dès qu'on le pourra, le traitement hygiénique ordinaire de la tuberculose.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CHOLLET. — Thèse de Paris (1878).
Congrès de la tuberculose du 27 juillet au 3 août 1891 (Communication de M. Landouzy).
COUSTAN. — Arch. de médecine militaire (1888).
CUFFER. — Incubation des maladies infectieuses (Revue de médecine, juin 1891).
DREYFUS-BRISAC. — De certaines formes de bacillose aiguës pré-tuberculeuses (Gaz. hebd., 3 octobre 1891).
ÉLOY. — L'antipyrine dans le traitement des fièvres tuberculeuses (Revue de clinique, 1890).
GRASSET. — De la fièvre initiale des tuberculeux (Montpellier médical, décembre 1890).
HANOT. — Art. Phtisie du Dictionnaire de Jaccoud.
La phtisie pulmonaire (Paris, 2^e édition).
IMBERT (L.). — Du diagnostic différentiel dans la fièvre typhoïde et la fièvre tuberculeuse (Montpellier médical, 1891).
JACCOUD. — Curabilité de la tuberculose pulmonaire (1881).
JEANNEL (S.). — Des fièvres tuberculeuses et de leur traitement par l'antipyrine (Thèse de Montpellier, 1886).
LANDOUZY. — Cliniques de la Charité, 1882.
— Cliniques de la Charité, 1886.
— Cliniques de l'hôpital Laennec, 1891.
LANDOUZY et QUEYRAT. — Société médicale des hôpitaux, avril 1886.
MAIRET. — Formes cliniques de la tuberculisation miliaire du poumon (Th. d'agrégation, 1878).
PAPON. — De la fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë (Thèse de Montpellier, 1885).
STRAUSS. — Contribution à l'étude du poison tuberculeux (Arch. de méd. expérimentale, 1891, p. 705).
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juin 1892.

Le Recteur,

A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juin 1892.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
